



Bruna Filipa Gonçalves Andrade

**Psicopatia, Alexitimia e Sintomatologia Psicopatológica em
Estudantes Universitários: preditores e mediadores de adição química e
comportamental**

Trabalho realizado sob orientação da
Professora Doutora Andreia de Moura

E da co-orientação do
Professor Doutor Hélder Fernando Pedrosa e Sousa

Novembro, 2019



Bruna Filipa Gonçalves Andrade

**Psicopatia, Alexitimia e Sintomatologia Psicopatológica em
Estudantes Universitários: preditores e mediadores de adição química e
comportamental**

Dissertação Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia 19/11/2019, perante o

júri seguinte:

Presidente: Professora Doutora Inês Martins Jongenelen

Arguente: Professor Doutor Jorge Nuno Negreiros de Carvalho

Orientadora: Professora Doutora Andreia de Paiva Ribeiro de Moura

Novembro, 2019

É autorizada a reprodução parcial desta dissertação, apenas para efeitos de investigação,
mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete

AGRADECIMENTOS

Quase a terminar esta longa caminhada, é momento de agradecer a todos os que contribuíram para a realização deste sonho.

Antes de tudo agradeço aos meus PAIS, por todo o ânimo e força que sempre me deram e por me auxiliarem em todos os momentos. Agradecer oportunidade de alcançar este objetivo e toda a dedicação ao longo destes anos.

Ao Tiago, pelo constante apoio, paciência, conselhos e motivação que sempre me proporcionou ao longo deste percurso. Obrigada pela dedicação e companheirismo e por acreditares sempre em mim.

Um agradecimento muito especial à Professora Doutora Andreia por toda a dedicação, carinho, auxílio, partilha de conhecimento. Agradeço todo o incentivo e responsabilidade que depositou em mim. Obrigada por todo o empenho nesta etapa.

Ao meu co-orientador, Professor Doutor Hélder por toda a disponibilidade e empenho ao longo desta fase, e por ajudar a contornar todas as dificuldades.

A toda a minha família, amigos e colegas, que nunca me fizeram desistir e me permitiram que levasse este projeto adiante.

**Psicopatia, Alexitimia e Sintomatologia Psicopatológica em Estudantes
Universitários: preditores e mediadores de adição química e comportamental**

Resumo

Na presente dissertação pretendeu-se encontrar e explorar relações entre psicopatia, alexitimia e sintomatologia psicopatológica na amostra em estudo (estudantes universitários) e a adição química (álcool) e comportamental (internet). Pretende-se também compreender se a psicopatia, alexitimia e sintomatologia psicopatológica constituem fatores preditores e/ou mediadores da adição ao álcool e/ou à internet. A amostra em estudo é constituída por 260 participantes (estudantes universitários). A idade média é de 20.54, ou seja, 21 anos e, varia entre os 18 e os 51 anos. Relativamente ao sexo, 32 (12.5%) são do sexo masculino e 224(87.5%) do sexo feminino (N=258). A psicopatia avaliada através da LSRPS, alexitimia através da TAS-20, e a sintomatologia psicopatológica pelo BSI. A adição à internet foi analisada através do IAT e a adição ao álcool pelo AUDIT. Os resultados mostraram evidência empírica sobre a relação entre a psicopatia, alexitimia e sintomatologia psicopatológica com a adição ao álcool e à internet. A alexitimia e a psicopatia (secundária) revelaram ser mediadoras da relação entre a sintomatologia psicopatológica e a adição à internet, mas não da adição ao álcool. A psicopatia secundária mostrou-se mediadora da relação entre a alexitimia e a adição à internet, contudo não mostrou efeito com a adição ao álcool.

Palavras-chave: alexitimia; psicopatia; sintomatologia psicopatológica; adição química (álcool); adição comportamental (internet); estudantes universitários;

Psychopathy, Alexithymia and Psychopathological Symptomatology in University Students: Predictors and Mediators of Chemical and Behavioral Addiction

Abstract

This dissertation aimed to find and explore relationships between psychopathy, alexithymia and psychopathological symptomatology in the study sample (university students) and chemical (alcohol) and behavioral (internet) addiction. It is also intended to understand if psychopathy, alexithymia and psychopathological symptomatology are predictors and / or mediators of alcohol and / or internet addiction. The study sample consists of 260 participants (university students). The average age is 20.54, ie 21 years and varies between 18 and 51 years. Regarding gender, 32 (12.5%) are male and 224 (87.5%) female (N = 258). Psychopathy is validated by LSRPS, alexithymia by TAS-20, and psychopathological symptomatology by BSI. Internet addiction was analyzed using IAT and alcohol addiction by AUDIT. The results showed empirical evidence on the relationship between psychopathy, alexithymia and psychopathological symptomatology with alcohol and internet addiction. Alexithymia and psychopathy (secondary) have been found to mediate the relationship between psychopathological symptomatology and internet addiction, but not alcohol addiction. Secondary psychopathy mediated the relationship between alexithymia and internet addiction, but had no effect with alcohol addiction.

Keywords: Psychopathy; Alexithymia; Psychopathological Symptomatology; chemical addition (alcohol); behavioral addition (internet); University Students;

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo... ..	iii
Abstract... ..	iv
Índice de Tabelas e Figuras	vi
Abreviaturas.....	vii
1. Enquadramento Conceptual.....	8
2. Enquadramento Teórico	9
2.1. Adição Química	9
2.1.1. Álcool.....	10
2.2. Adição Comportamental	10
2.2.1. Internet	11
2.3. Modelos Conceptuais na área das adições	11
2.3.1. Modelo Biopsicossocial de Motivação para o abuso de substâncias.....	11
2.3.2. Modelo Biopsicossocial explicativo da adição comportamental.....	14
2.4. Alexitimia e os comportamentos aditivos	15
2.5. Psicopatia e os comportamentos aditivos	16
2.6. Sintomatologia psicopatológica e os comportamentos aditivos.....	17
2.7. Objetivos, Novidade e Hipóteses do estudo.....	19
3. Metodologia	19
3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	19
3.2. Instrumentos/materiais.....	19
3.3. Procedimentos metodológicos	21
3.4. Análise de dados	22
4. Resultados.....	22
5. Discussão.....	27
Referências Bibliográficas.....	34

Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1 - *Classificações dos comportamentos aditivos*

Tabela 2 – *Operacionalização de variáveis*

Tabela 3 - *Coeficientes de correlação de Pearson obtidos nos testes de alexitimia (TAS-20) e a adição ao álcool (AUDIT – score total) e a adição à Internet (IAT)*

Tabela 4 - *Coeficientes de correlação de Pearson obtidos nos testes de sintomatologia psicopatológica (BSI) e a adição ao álcool (AUDIT- score total) e a adição à Internet (IAT)*

Tabela 5 - *Coeficientes de correlação de Pearson obtidos nos testes de Psicopatia (LSRPS) e a adição ao álcool (AUDIT – score total) e a adição à Internet (IAT)*

Tabela 6 - *Análises de Regressão linear hierárquica*

Tabela 7 - *Mediações analisadas*

Tabela 8 – *Correlações obtidas nos testes de alexitimia (TAS-20) e a adição ao álcool (AUDIT – score total) e a adição à Internet (IAT)*

Tabela 9 – *Correlações obtidas nos testes de sintomatologia psicopatológica (BSI) e a adição ao álcool (AUDIT- score total) e a adição à Internet (IAT)*

Tabela 10 - *Correlações obtidas nos testes de Psicopatia (LSRPS) e a adição ao álcool (AUDIT – score total) e a adição à Internet (IAT)*

Figura 1 – *Modelo Biopsicossocial da Motivação para Abuso de Substâncias*

Figura 2 – *Modelo Biopsicossocial explicativo da adição comportamental*

Figura 3- *Esquema ilustrativo Relação Mediada*

Figura 4 - *Esquema ilustrativo de Relação Simples*

Lista de Abreviaturas

ASAM - *American Society of Addiction Medicine*

ASSIST – *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*

AUDIT- *Alcohol Use Disorders Identification*

BSI - *Inventário de Sintomas Psicopatológicos*

IAT - *Internet Addiction Test*

LSPR- *Levenson's Self Report Psychopathy scale*

SICAD- *Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências*

SPSS – *Statistical Program for Social Sciences* – 22

TAS-20- *Escala da Alexitimia de Toronto*

Enquadramento Conceptual

A adição é um fenómeno bastante complexo, que interfere no individuo em vários níveis: comportamental, que se evidencia na procura de uma dada substância ou na repetição de um determinado comportamento; ao nível psicológico, no qual o sujeito está de tal forma absorvido pelo objeto da sua dependência, que não o consegue evitar nem diminuir a sua frequência e desvaloriza tudo o resto, desde relações afetivas até ao trabalho, etc.. (Guerreschi, 2009).

Na esfera da adição, tornou-se usual definir o conceito de dependência associado ao consumo de substâncias químicas/psicoativas, sejam elas lícitas ou ilícitas. No entanto, a adição abarca um largo espetro de comportamentos de alto risco e de dependência que podem não estar associados apenas ao consumo de substâncias (Plano Estratégico 2013 - 2015, p.21).

Importa fazer uma distinção entre dependência física e psicológica. A primeira remete-nos para a necessidade do sujeito de manter ou de voltar a obter as sensações de prazer, de bem-estar, de satisfação e o estímulo que a substância lhe proporciona. Neste sentido evita a sensação de mal-estar físico que ocorre quando deixa de ter acesso à mesma. Esta dependência expressa-se pelo **craving**: “*procura compulsiva da substância, contra a razão e a vontade, expressão de uma necessidade maior e incontável*” (Rahoui & Reynaud, 2008). A segunda refere-se à necessidade urgente de o sujeito consumir a substância para evitar a síndrome de falta ligada à privação do produto. É acompanhada por uma síndrome de abstinência (aparecem sintomas físicos em consequência do não consumo) e por uma manifestação de tolerância (mais frequência diária de consumo para obter o mesmo efeito). Contudo, para se chegar a um diagnóstico de dependência, não é obrigatória a existência de dependência física (Rahoui & Reynaud, 2008).

Quer a adição quer a adoção de comportamentos de alto risco associados a consumo de substâncias ou a atividades têm traços em comum, como a capacidade de se tornarem excessivos na vida dos indivíduos, de tal forma a provocarem descuro na sua vida quotidiana, desde profissional, afetivo, social. Os sujeitos têm conhecimento e conscienciosidade das implicações que estes comportamentos têm nas suas vidas, mas não têm capacidade de os alterar (Plano Estratégico 2013 - 2015, p.21).

Rodrigues (2015) caracteriza os comportamentos aditivos como descritos.

Tabela 1

Classificações dos comportamentos aditivos

Adições com substâncias	Substâncias Lícitas: tabaco, álcool, café, medicamentos, jogo, entre outras; Substâncias ilícitas: opiáceos, canabinóides, cocaína entre outras;
Adições sem substâncias	Comportamentos lícitos: jogo, alimentação, sexo, compras, internet

Nota. Retirado de Rodrigues (2015).

Em suma, a ASAM (American Society of Addiction Medicine, 2011) define adição como uma doença crónica do sistema de recompensa cerebral, da motivação, da memória e dos circuitos cerebrais. As alterações ao nível destes circuitos provocam manifestações biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, refletindo-se no sujeito, que de forma patológica, procura a compensação e/ou alívio através do consumo de substâncias ou de outros comportamentos.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Adição química

A adição química, mais comumente conhecida pela utilização de substâncias psicoativas, é aquela que quando utilizada, tem a capacidade de alterar processos de consciência, humor e pensamentos individuais (Corregiari, 2006).

Em geral, o consumo de substâncias psicoativas resulta da ação conjunta de 3 grupos de fatores. O primeiro referente à própria substância, que possui certas propriedades farmacológicas. Em segundo, as particularidades do sujeito que consome a substância. E por último, o contexto sociocultural onde está inserido o indivíduo que consome. Assim, não existe apenas um único fator para se tornar dependente (Sousa & Neves, 2013). Daqui se depreende que a toxicodependência é uma perturbação do foro biopsicossocial que advém quer da motivação pessoal do indivíduo (plano pessoal) como também das relações que este estabelece com os outros (plano relacional) (Sousa & Neves, 2013).

Segundo Castro, Cleto & Silva (2016) existem 3 padrões de consumo de substâncias psicoativas: a) consumo de risco: consumo mesmo que ocasional, tem tendência a provocar danos no sujeito se o consumo persistir, e que aumenta o risco para patologias, acidentes, lesões, perturbações mentais ou de comportamento; b) consumo nocivo, que provoca danos

à saúde física e mental; e c) dependência/adição, que corresponde ao espectro de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais que se podem desenvolver através do uso prolongado e repetido da substância. Inclui um desejo intenso de consumo, descontrolado sobre o seu uso, continuação do uso independentemente das consequências, onde o sujeito dá prioridade ao consumo em prol de outras atividades, havendo um aumento da tolerância e sintomas de privação quando o consumo é descontrolado.

2.1.1. Álcool

Apesar de existirem vários tipos de adições químicas, o foco deste estudo é a adição ao álcool, na medida em que esta é a substância psicoativa mais consumida em Portugal, havendo adicionalmente uma grande ênfase deste consumo nos estudantes do ensino superior. Segundo o SICAD, 2018 cerca de 85,2% da população com idades compreendidas entre os 15 e os 74 anos tiveram pelo menos uma experiência de consumo na vida, 58,2% declararam consumos recentes (nos últimos 12 meses), e quase metade (48,4%) da população declarou consumos no decorrer dos últimos 30 dias (Balsa, Vital & Urbano, 2018). Adicionalmente, a entrada dos jovens para o ensino superior é marcada por diversas alterações e mudanças, quer ao nível das relações pessoais como institucionais, o que pode ser acompanhada por comportamentos de risco, como é o consumo excessivo de álcool. Vários estudos realizados no ensino superior referem que o álcool é a substância mais consumida pela população estudantil (Pillon & Corradi-Webster, 2006). Outra questão relacionada com o consumo de álcool nas universidades remete-nos para o fator social (Pillon & Corradi-Webster, 2006), pois sabe-se que o ensino superior é marcado uma acentuada atividade recreativa/festiva, a qual parece proporcionar em alguns momentos um consumo excessivo de álcool por parte dos estudantes (Melo, Andrade & Sampaio, 2010). Adicional, um estudo de Rodrigues, Salvador, Lourenço & Santos (2014) corroborou esta hipótese, de que os estudantes universitários apresentam níveis elevados de consumo de álcool, principalmente em festas académicas.

2.2. Adição comportamental

Griffiths (2015) definiu alguns comportamentos como potenciais para desencadear uma adição, nomeadamente internet, exercício, sexo, trabalho, *gambling*, que designou como sendo adições comportamentais. Sabe-se que as novas tecnologias, designadamente a Internet, apresentam-se todos os dias com um leque de desafios para a saúde mental, e torna-

se relevante compreender os processos inerentes à sua utilização, nomeadamente o seu uso patológico (Ferreira, Relva & Fernandes 2018). A literatura tem revelado que o uso problemático da internet tem incidido nas faixas etárias mais jovens, nomeadamente em estudantes universitários (Roberts, Yaya & Manolis, 2014; Akin & Iskender, 2011). Young (2004) referiu os seguintes motivos que colocam os estudantes com maior probabilidade de desenvolverem uma adição à internet: realização e tarefas académicas, procura de aceitação social, acesso ilimitado nas escolas, falta de controlo parental, dificuldades de adaptação na universidade e o stress. Posto isto, e sabendo que a investigação nesta temática, principalmente em estudantes universitários, tem sido escassa, sobretudo em Portugal, este estudo vai-se focar na adição à internet (dentro das adições comportamentais).

2.2.1. Internet

A adição à internet tem sido uma temática com sucessivas investigações no contexto internacional, contudo em Portugal existem poucos estudos que se centram da mesma. (Pontes, 2013) sendo definida como uso incontrolável e prejudicial da internet, onde determinadas áreas da vida do sujeito estão comprometidas, quer o seu estado psicológico, mental e emocional. (Beard, 2005; Pontes, 2013). Os utilizadores adictos da internet são caracterizados como sendo socialmente introspetivos, acedem excessivamente à internet de forma a obter gratificação e não estão preocupados com as consequências, nomeadamente o isolamento social (Young, 2011). Nesta perspetiva, Liu & Potenza, 2007 afirma que o uso excessivo da internet pode-se associar a comportamentos relacionados com angústia, sofrimento, incapacidade ou perda significativa da liberdade. Contudo, há indivíduos com comportamentos excessivos relacionados com o uso à internet, mas que não apresentam um padrão de dependência (Pontes Patrão & Griffiths, 2014).

2.3. Modelos Conceptuais na área das adições

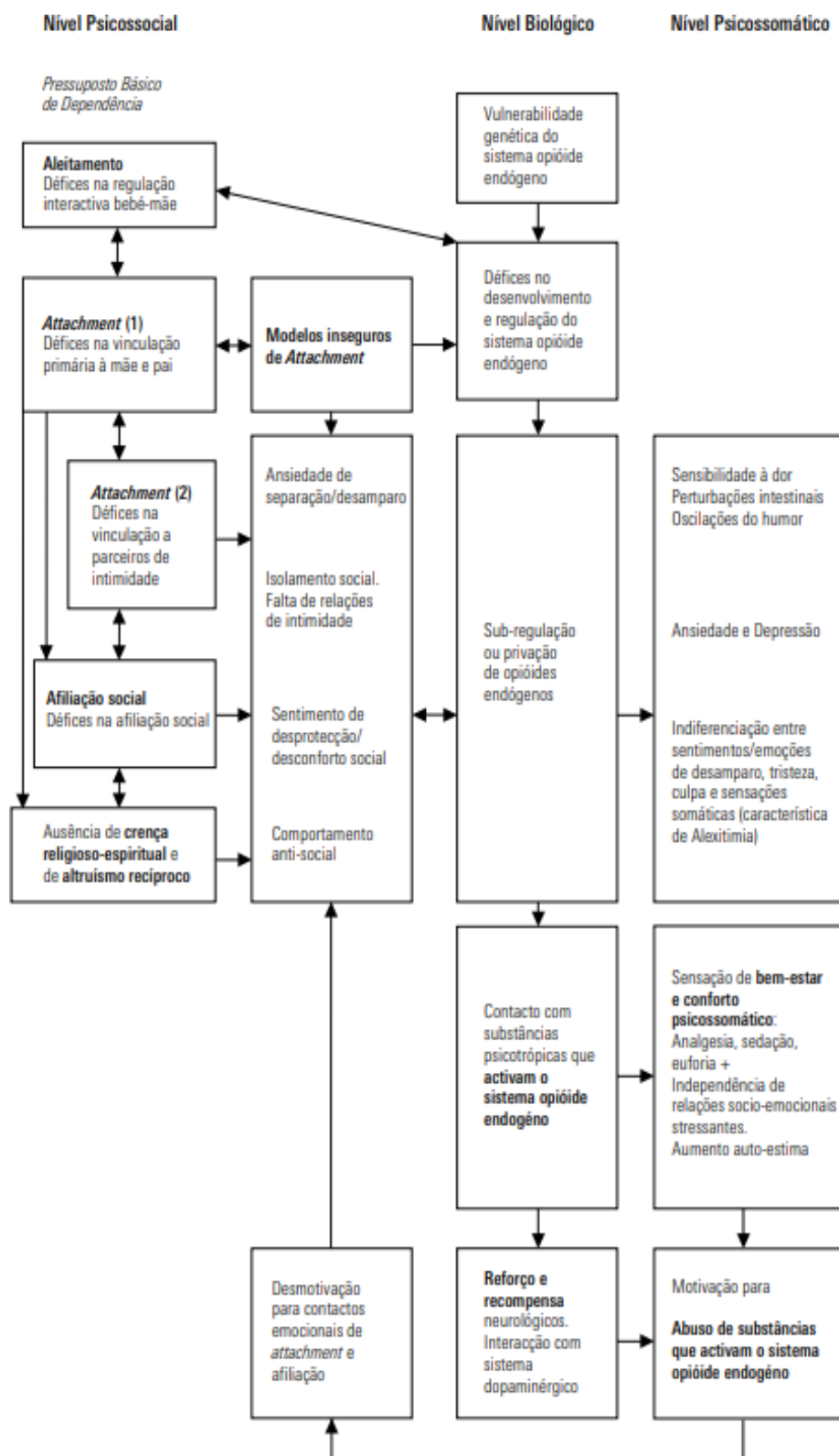
Os comportamentos aditivos têm sido explicados como sendo um fenómeno multifatorial, onde interagem variáveis genéticas, biológicas, comportamentais, psicológicas, familiares, socioculturais e políticas. Esta postura multifatorial traduz-se numa insuficiência por parte de outros modelos mais reducionistas, sejam eles biológicos, psicológicos, para interpretar as adições e os problemas derivados (Torres, 2003). Daqui

surge o modelo biopsicossocial, uma abordagem transdisciplinar que tenta explicar os comportamentos aditivos, quer químicos como comportamentais.

2.3.1. Modelo Biopsicossocial de Motivação para o abuso de substâncias

Atualmente, propõe-se um modelo biopsicossocial para explicar o consumo de substâncias psicoativas, a partir do conceito de *pressuposto básico de dependência de Bión*, o qual nos permite gerar uma série de hipóteses explicativas do uso de substâncias (Torres, 2003).

Figura 1 – Modelo Biopsicossocial da Motivação para Abuso de Substâncias



Fonte: Torres, 2003.

O pressuposto básico da dependência é caracterizado por “*um tipo específico de campo socio-emocional, gerado pela motivação biopsicológica dos sujeitos para procurarem junto de figuras parentais, líderes ou objetos idealizados a obtenção de nutrição, proteção, segurança, referências sociais, orientação da ação e diminuição da ansiedade*” (Torres, 2003.p.38). Segundo este modelo há uma clara evidência na relação entre o sistema opioide endógeno e a maior parte das características do pressuposto básico da dependência (e.g. aleitamento, vinculação). Os défices ao longo dos subsistemas do pressuposto básico da dependência provocam ansiedade de separação, desamparo, isolamento social que, por sua vez, vão provocar modificações ao nível biológico, que levam à privação ou sub-regulação do sistema opióide endógeno, acarretando sintomas psicossomáticos. Os opióides endógenos, por norma, são obtidos através do contacto emocional. O indivíduo ao estar em contato com substâncias psicoativas, estas substituem a produção de opioides endógenos, porque ativam os recetores endógenos (Torres,2003).

2.3.2. Modelo biopsicossocial para adição comportamental (e.g. dependência internet)

Figura 2 – Modelo Biopsicossocial explicativo da adição comportamental



Fonte: Pezoa-Jares, Espinoza-Luna e Vasquez-Medina, (2012).

Beard (2005) também desenvolveu um modelo biopsicossocial, onde explica a adição comportamental, nomeadamente à internet como sendo o resultado da interação de um largo espectro de fatores, incluindo processos biológicos/genéticos, psicológicos, familiares, dinâmicas ambientais e culturais. Apesar de uma grande parte da população utilizar a internet, é certo que nem todos os utilizadores são adictos, o que mais uma vez

revela uma necessidade de olharmos para este fenómeno numa abordagem biopsicossocial e não de forma isolada (Pontes, 2013). Assim sendo, numa perspetiva biológica, poderá haver mudanças a nível biológico e neuronal que proporcionem o envolvimento do indivíduo numa adição, como, por exemplo quantidade insuficiente de serotonina ou dopamina, daí que a psicofarmacologia possa ser um auxiliar para o tratamento da dependência (Beard, 2005). De um ponto de vista psicológico, o mesmo autor enfatiza a importância do condicionamento clássico e do condicionamento operante. Considera que estes processos estão na base de uma associação entre o estado interno do indivíduo (e.g. prazer) com um determinado comportamento (e.g. estar em contacto com as redes sociais), o que resulta num condicionamento que mantém a dependência psicológica dos sentimentos prazerosos experienciados (Beard, 2005). Por fim, numa perspetiva social importa reintroduzir a relevância das dinâmicas familiares, sociais e culturais (e.g. o indivíduo pode usar a internet para refúgio de conflitos familiares, ou por ter alguma lacuna nas suas competências relacionais e sociais). Não obstante, o facto de atualmente estarmos em plena “era digital”, marcados por uma cultura de “avançada tecnologia”, pode promover a pressão para a utilização da internet e o desenvolvimento de adições comportamentais (Beard, 2005).

2.4. Alexitimia e os comportamentos aditivos

O termo alexitimia é definida como sendo uma condição subclínica, caracterizada por um défice na representação e regulação cognitiva das emoções de acordo com Taylor, Bagby, e Parker (2016). Neste conceito fazem parte três principais componentes: 1) dificuldade em usar linguagem adequada para expressar e descrever sentimentos, bem como diferenciar estes das sensações corporais; 2) reduzida capacidade de fantasiar e imaginar; 3) predomina um pensamento operacional, ou seja, um estilo cognitivo utilitário, baseado no concreto e orientado externamente (Freire, 2010).

Não existe uma conformidade entre os estudos quanto aos índices de prevalência entre adictos ao álcool (as estimativas rondam os 35.8% a 78%), contudo existem indícios de que a alexitimia ocuparia uma posição de relevância em casos de adição ao álcool (Taieb, Corcos, Loas, Speranza, Guilbaud, Perez-Diaz, Halfon, Lang, Bizouard, Venisse, Flament & Jeammet, 2002). Pessoas com elevados níveis de alexitimia, caracterizadas por uma dificuldade em lidar com as emoções e consequentemente identificá-las e diferenciá-las das sensações corporais tendem a experimentar várias substâncias psicoativas até encontrarem aquela que se satisfaz as suas necessidades (Wills et al., 1996 como citado por Nunes, 2017).

A adição de substâncias psicoativas tem vindo a ser associada a baixos níveis de consciência emocionas e a dificuldades em descrever emoções (Carton, Bayard, Paget, Jouanne, Varescon, Edel, Detileux, 2010). Estas relações corroboram a ideia de que pessoas adictas a substâncias tem uma menor capacidade para lidar com as emoções, e mais especificamente, maior dificuldade em descrever sentimentos e emoções aos outros. (Torrado, Quakinin & Bacelar-Nicolau, 2013). No que concerne à adição à internet, tem sido levantada a hipótese de que os indivíduos com alexitimia que têm dificuldade em identificar, expressar e comunicar emoções usam de forma excessiva a internet como uma ferramenta de interação social para melhor regular as suas emoções e satisfazer necessidades sociais não atendidas. Uma revisão sistemática conclui que há uma associação positiva significativa entre a alexitimia e a adição à internet, contudo esta relação não é clara, pois podem interagir outras variáveis não estudadas (Mahapatra & Sharma, 2018).

2.5. Psicopatia e os comportamentos aditivos

A psicopatia é tradicionalmente vista como uma perturbação da personalidade constituída por um aglomerado de traços e comportamentos antissociais, interpessoais, afetivos, de estilo de vida, onde se incluem a grandiosidade, egocentrismo, decepção, emoções superficiais, falta de empatia ou remorso, irresponsabilidade, impulsividade e uma predisposição para violar as normas sociais. (Hare & Neumann, 2009).

Atualmente, a Psicopatia tem sido explicada à luz do “modelo de dois fatores”. Este modelo subdivide-se em dois fatores, Fator 1 – Psicopatia Primária e o Fator 2 – Psicopatia Secundária. A Psicopatia primária refere-se a défices afetivos, com etiologia genética e a Psicopatia secundária remete-nos para uma fraca aprendizagem psicossocial com origem contextual (Karpman, 1941 como citado por Drislane, Patrick, Sourander, Sillanmäki, Aggen, Elonheimo, Kendler (2014). Segundo Singh, Arteché, & Holder (2011) sujeitos com traços associados à Psicopatia Primária estariam mais predispostos a demonstrar traços narcísicos, desvinculação emocional e dominância social e baixos níveis de ansiedade (características mais vincadas na estrutura de personalidade), enquanto que a Psicopatia Secundária aponta para sujeitos com altos níveis de impulsividade e um modo de vida antissocial.

A Psicopatia e a Alexitimia partilham características semelhantes, como por exemplo défice emocional, dificuldades no relacionamento interpessoal, défices na compreensão de si mesmo e dos outros (Singh, Arteché & Holder, 2011). Características como empatia,

insight e introspecção faltam quer em sujeitos com psicopatia como em sujeitos com alexitimia. No entanto, estas duas perturbações diferem entre si. Indivíduos com alexitimia são ansiosos, supercontroladores, submissos, conscientes enquanto que indivíduos com psicopatia são isentos de ansiedade, encantadores, enganadores e inconformados (Haviland, Sonne & Kowert, 2004). Um estudo de Gori e colegas (2014) concluiu que níveis mais elevados de alexitimia estariam associados a níveis mais elevados de psicopatia. Sujeitos com elevados níveis de alexitimia revelam dificuldade em verbalizar e expressar as emoções, enquanto que nos sujeitos com elevados níveis de psicopatia as emoções são sentidas de forma superficial (Pham, Ducro, & Luminet, 2010). Estudos revelam existir uma relação positiva entre a alexitimia e a psicopatia secundária, mas não com a psicopatia primária (Ridings, & Lutz-Zois, (2014). Este resultado deste estudo parece congruente com a literatura, na medida em que é principalmente na psicopatia primária que os comportamentos são realizados de forma planeada, premeditados e com baixo envolvimento emocional (Haviland et al., 2004).

A relação entre o consumo de substâncias psicoativas e a psicopatia tem sido um fenómeno pouco estudado junto da comunidade científica, contudo encontram-se correlações positivas entre diagnósticos de dependência de substâncias, sendo mais significativo um estilo de vida antissocial (psicopatia secundária) (Gonçalves & Salém, 2002). Também um estudo de Derefinko e Lynam, 2007 concluiu que a psicopatia está correlacionada com o consumo de substâncias psicoativas. No que diz respeito à internet, um estudo de Sindermann, Sariyska, Lachmann, Brand, & Montag, (2018) concluiu que a psicopatia está positivamente ligada ao desenvolvimento de adição à internet.

2.6. Sintomatologia psicopatológica e os comportamentos aditivos

Uma das principais linhas de investigação relacionadas com os comportamentos aditivos consiste em compreender a relação entre estes comportamentos e a sintomatologia psicopatológica. A psicopatologia é definida como uma *“síndrome comportamental ou psicológica clinicamente significativa que ocorre numa pessoa associada a mal-estar ou que apresenta um risco significativamente maior de morte, dor, incapacitação ou perda de liberdade”* (American Psychological Association, 2013).

Tem sido consistente na literatura científica que os elementos psicopatológicos inerentes a uma perturbação de personalidade facilitam o consumo nocivo de substâncias psicoativas (Rahoui & Reynaud, 2008). Já no que concerne à relação entre perturbações de

humor e o uso de substâncias, esta relação pode variar em função do tipo de perturbação. Por exemplo, as distímias tendem geralmente a preceder os comportamentos de consumo e o uso nocivo. Porém, as depressões maior e as perturbações bipolares podem manifestar-se antes, durante ou posteriormente ao consumo de substâncias (Rahoui & Reynaud, 2008). Um estudo de Macias, Leal, Fernández-Gil, Pacheco & Alino, 2000 afirma existir uma associação entre o consumo de substâncias psicoativas e a existência de sintomatologia psicopatologia, onde predomina a depressão, ansiedade, hostilidade e sintomas obsessivo-compulsivos, assim como traços específicos de personalidade, com prevalência para perturbação paranoide, dependente e *Borderline*. Em Portugal, Ferros, 2008 encontrou diferenças estatisticamente significativas entre sintomas psicopatológicos, nomeadamente somatização, depressão, obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica e psicoticismo e consumidores de substâncias psicoativas. Também em Portugal, num estudo de Ferreira, Relva & Fernandes (2018) concluiu-se que a adição à internet está positivamente associada à depressão, ansiedade, hostilidade e sensibilidade interpessoal, sendo o sexo masculino significativamente mais adito. Um estudo de Alavi, Maracy, Jannatifard & Eslami, 2011 concluiu que a depressão é o sintoma psicopatológico que se associa com mais regularidade ao uso excessivo da internet. Contudo, num estudo recente de Arruda & Teixeira, 2016 não se verificou este padrão, porém concluíram que quanto mais elevada for a pontuação na escala que avalia os sintomas psicopatológicos (BSI) maior a pontuação na escala que avalia o uso excessivo à internet (IAT).

No que concerne à sintomatologia psicopatológica em estudantes universitários, um estudo de Arnett (2004) concluiu que estes apresentam um risco mais elevado de desenvolver psicopatologia. Dyson & Renk (2006) justificam como sendo uma fase desenvolvimental com alguns desafios, tais como mudança de residência, colegas, amigos, novas metodologias de ensino e aprendizagem, o que pode aumentar os níveis de stress e exigir uma maior capacidade de adaptação. Neste sentido, o consumo do álcool no contexto universitário poderá funcionar como um atenuador de sintomas, remetendo para um consumo autoterapêutico (Rahoui & Reynaud, 2008).

2.7. Novidades, objetivos e hipóteses do estudo

O presente estudo tem como **objetivos** analisar a relação da alexitimia, psicopatia e sintomatologia psicopatológica na amostra em estudo (estudantes universitários) e explorar a associação entre estas variáveis e a adição química (álcool) e comportamental (internet). Pretende-se também compreender se a alexitimia, psicopatia e sintomatologia psicopatológica constituem fatores preditores e/ou mediadores da adição ao álcool e/ou à internet.

O estudo mostra-se inovador no que concerne à amostra utilizada (estudantes universitários) e na exploração da relação entre a adição química e comportamental. Em Portugal são muito escassos os estudos sobre adições no ensino superior e mais ainda incidindo na adição comportamental.

Desta forma foram estabelecidas as seguintes hipóteses:

Hipótese nº1: Espera-se que os sujeitos com níveis mais elevados de alexitimia, psicopatia e sintomatologia psicopatológica apresentem níveis mais elevados de adição ao álcool e à internet do que os sujeitos com níveis mais baixos nessas variáveis.

Hipótese nº2: Espera-se que a alexitimia, a psicopatia e a sintomatologia sejam variáveis preditores da adição ao álcool e internet.

Hipótese nº3: Espera-se que a alexitimia e a psicopatia sejam mediadoras da relação entre a sintomatologia psicopatológica e a adição à internet.

Hipótese 4: Espera-se que a alexitimia e a psicopatia sejam mediadoras da relação entre a sintomatologia psicopatológica e a adição ao álcool

Hipótese 5: Espera-se que a psicopatia seja mediadora da relação entre a alexitimia e a adição à internet.

Hipótese 6: Espera-se que a psicopatia seja mediadora da relação entre a alexitimia e a adição ao álcool.

3. Metodologia

3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra em estudo é constituída por 260 participantes (estudantes universitários), sendo todos do curso de Psicologia. No que concerne à instituição de ensino, 167 (64.5%) são da Universidade Lusófona do Porto e 92 (35.5%) da Faculdade Psicologia e Ciências da

Educação da Universidade do Porto (N=259). A idade média é de 20.54, ou seja, 21 anos e, varia entre os 18 e os 51 anos. Relativamente ao sexo, 32 (12.5%) são do sexo masculino e 224(87.5%) do sexo feminino (N=256). No que se refere ao estado civil 249 (96.9%) são solteiros, 7(2.7%) casados e 1(0.4) em união de facto (N=257). A respeito do nível de ensino 215 (82.7%) assinalaram licenciatura, 44 (16.9%) mestrado e 1 (0.4%) doutoramento. Referente ao ano que frequentam 99(38.4%) no 1º ano, 70(27.1%) no 2ºano, 45(17.4%) no 3ºano, 42(16.3%) no 4ºano e 2(0.8%) no 5ºano (N=258). Dos participantes 36(14%) referem ter acompanhamento médico, psicofarmacológico ou psicoterapêutico, enquanto que 221 (86%) menciona não receber qualquer tipo de acompanhamento (N=257).

3.2. Instrumentos/Materiais

Questionário Sociodemográfico: Para a caracterização da amostra foi desenvolvido um questionário sociodemográfico que numa primeira parte é composto por questões sociodemográficas (e.g. idade, profissão, estado civil, elementos do agregado familiar, situação ocupacional e grau de escolaridade do pai e da mãe, etc) e, numa segunda parte contém questões relativas à instituição de ensino superior, curso, acompanhamento médico, psicofarmacológico, psicoterapêutico ou psicossocial.

Brief Symptoms Inventory (BSI) (Inventário de Sintomas Psicopatológicos) (Derogatis, 1993; Versão Portuguesa: Canavarro, 1995). Pretende avaliar sintomas psicopatológicos mediante 9 dimensões (e.g., Somatização, Obsessão-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide, Psicoticismo) e igualmente através de 3 índices globais, sendo eles o Índice Geral de Sintomas Positivos (IGS), Índice de Sintomas Positivos (ISP), e o Total de Sintomas Positivos (TSP). Estes três índices supracitados anteriormente, permitem avaliações sumárias de perturbações emocionais.

Escala da Alexitimia de Toronto – TAS-20 (originalmente desenvolvida por Taylor, Bagby & Parker, 1994; Versão portuguesa: Veríssimo, 2001). A TAS-20 é uma escala de autorrelato, constituída por 20 questões, onde a pontuação é obtida através de uma escala de Likert, com 5 pontos. Esta escala produz uma pontuação total de alexitimia e uma pontuação de 3 fatores que interagem neste construto, nomeadamente dificuldade em identificar sentimentos, descrever sentimentos e pensamento orientado externamente.

Levenson's Self Report Psychopathy scale (LSRP) (Levenson, Kiehl & Fitzpatrick, 1995); Versão portuguesa: Coelho, Paixão, & Silva, 2010). LSRP é um instrumento

composto por 26 itens que pretende capturar uma perspetiva “interpessoal protopsicopática”. O instrumento avalia dois tipos de psicopatia: primária e secundária.

Internet Addiction Test (IAT) – (modelo originalmente desenvolvido por Young, 1998; Versão Portuguesa: Pontes, Patrão & Griffiths, 2014). O IAT é um teste de autopreenchimento que contém 20 itens de respostas rápidas numa escala de 6-pontos de tipo Likert: ‘Não Aplicável’ (0), ‘Nunca’ (1), ‘Raramente’ (2), ‘Ocasionalmente’ (3), ‘Várias Vezes’ (4), ‘Sempre’ (5). O objetivo do IAT é avaliar a extensão do envolvimento do indivíduo com a Internet e classificar o nível de prejuízos causados em função do comportamento em termos de suave, moderado e severo. O score final é obtido pela soma das pontuações em cada um dos itens, sendo que quanto maior for o resultado, maior o nível de adição: Utilização Normal: 0-30 pontos; Suave: 31-49 pontos; Moderada: 50-79 e Severa: 80-100 pontos.

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Babor, Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001). Instrumento de rastreio de consumo problemático de álcool, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde. É composto por dez questões com uma escala de preenchimentos de 0 a 4 pontos, variando o score total de 0 a 40 valores. Este questionário auxilia a identificar quatro padrões distintos de consumo: uso de baixo risco (provavelmente não levará a problemas), uso de risco (consumo que poderá levar a problemas), uso nocivo (consumo que provavelmente já tenha levado a problemas) e provável adição.

3.3. Procedimentos Metodológicos

Este estudo insere-se no âmbito de um projeto de investigação que decorre em parceria com a Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto da Universidade Lusófona do Porto e a FPCEUP. Este estudo será submetido para aprovação à Comissão de Ética da Universidade Lusófona do Porto. Serão aplicados instrumentos de autorrelato, onde primeiramente é recolhido o consentimento informado como meio de obtenção de autorização para participar na investigação, respeitando, assim, o anonimato e confidencialidade. O preenchimento do protocolo será aplicado apenas num momento da investigação durante o ano letivo 2018/2019, num local calmo e privado. **Critérios de inclusão:** estudantes universitários adultos do curso de Psicologia. **Critérios de exclusão:** participantes em idades distintas e cursos distintos e/ou que apresentem dificuldades na compreensão e preenchimento do protocolo.

Serão utilizadas duas versões dos protocolos (A e B) cuja finalidade é contornar o efeito cansaço. Tendo em conta o carácter sensível dos itens em algumas das dimensões, disponibilizou-se o contacto da responsável do projeto caso haja necessidade de apoio psicológico. Após a recolha de dados, os mesmos serão analisados e discutidos tendo por base a literatura existente.

Todos os procedimentos foram realizados de acordo com a lei da Proteção de Dados Pessoais n. 67/98 de 26 de outubro e Deliberação Nº 227/2007, bem como o código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), especificamente o artigo 7.

3.4. Análise de dados

Na análise de dados usou-se o *software* SPSS na versão 24 para Windows (IBM corporation, New York, NY, USA). Para o estudo de correlações entre as variáveis calculou-se o coeficiente de *Pearson*. Na determinação de preditores usaram-se correlações lineares. No estudo da moderação e mediação entre variáveis usou-se o modelo 1 e 4 respetivamente do comando PROCESS Procedure for SPSS Version 3.4 (Hayes, 2018). Os resultados foram emparelhados e foram excluídos para evitar dados omissos.

4. Resultados

Tabela 2

Operacionalização das variáveis:

Variáveis Dependentes	Variáveis Independentes
<ul style="list-style-type: none"> • Adição álcool (AUDIT) <ul style="list-style-type: none"> ✓ AUDIT – score total • Adição Internet (IAT) 	<ul style="list-style-type: none"> • Alexitimia (TAS-20) <ul style="list-style-type: none"> ✓ TAS-20 – score total ✓ TAS-20-1 – Dificuldade em identificar sentimentos; ✓ TAS-20-2 – Dificuldade em descrever sentimentos; ✓ TAS-20-3- Pensamento orientado externamente • Sintomatologia Psicopatológica (BSI) <ul style="list-style-type: none"> ✓ BSI-IGS – Índice Geral de Sintomas ✓ BSI-TSP – Total Sintomas Positivos ✓ BSI-ISP – Índice de sintomas positivos • Psicopatia (LSRPS) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Psicopatia Primária (LSRPS-PR) ✓ Psicopatia Secundária (LSRPS-SE)

Ao analisarmos os resultados do estudo foi possível identificar três grupos de sujeitos, divididos de acordo com os critérios definidos por Young e Abreu (2010) para descrever a utilização à internet: sujeitos com um utilização normativa da Internet ($n = 104$; 43.3%); sujeitos com uma adição leve ($n = 115$; 47.9%); e sujeitos com uma adição moderada ($n = 21$; 8.1%); não tendo sido encontrados sujeitos com adição severa, segundo estes critérios ($N=240$).

No que respeita à identificação dos padrões de consumo de álcool, os resultados revelam que 230 (91.3%) apresentam baixo risco de consumo ao álcool, 21(8.3%) um consumo de risco e 1(0.4%) consumo nocivo; não foram encontrados sujeitos com uma possível adição ($N=252$).

A seguir, são apresentadas as correlações entre cada uma das variáveis independentes (alexitimia, psicopatia e sintomatologia psicopatológica) e as variáveis dependentes (adição internet e adição ao álcool).

Tabela 3

Coefficientes de correlação de Pearson obtidos nos testes de alexitimia (TAS-20) e a adição ao álcool (AUDIT – score total) e a adição à Internet (IAT)

Variáveis	TAS-20 Total	TAS-20-1	TAS-20-2	TAS-20-3
AUDIT (score total)	.060	.137*	.041	-.067
IAT	.331***	.326***	.309***	.112

Nota. A variável alexitimia engloba as subescalas de dificuldade em identificar sentimentos (TAS-20-1), dificuldade em descrever sentimentos (TAS-20-2) e pensamento orientado externamente (TAS-20-3).

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Ao interpretarmos o quadro das correlações existentes entre os testes de alexitimia e a adição ao álcool e à internet, podemos constatar que o teste da alexitimia (em todos as subescalas exceto pensamento orientado para o exterior) e o teste da adição à internet obtiveram correlações estatisticamente significativas entre si. Trata-se de correlações positivas e com uma magnitude moderada, o que indica, por exemplo, que quanto mais aumenta a adição à internet, mais aumenta alexitimia e *vice-versa* (bidirecionalidade). Verifica-se uma correlação estatisticamente significativa entre a adição ao álcool e a dificuldade em identificar sentimentos, tratando-se de uma correlação positiva com magnitude fraca.

Tabela 4

Coefficientes de correlação de Pearson obtidos nos testes de sintomatologia psicopatológica (BSI) e a adição ao álcool (AUDIT- score total) e a adição à Internet (IAT)

Variáveis	BSI_IGS	BSI_TSP	BSI_ISP
AUDIT (score total)	.119	.147*	.077
IAT	.159*	.105	.151*

Nota. A teste BSI engloba as subescalas de Índice Geral de Sintomas (IGS), total sintomas positivos (TSP) e Índice de sintomas positivos

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Analizando as correlações existentes entre BSI e o IAT observaram-se correlações estatisticamente significativa entre o índice geral de sintomas e o índice de sintomas positivos com o IAT. Trata-se de uma correlação positiva com magnitude fraca para o BSI_IGS ($r=.159$, $p=.02$). Também se verificou uma correlação positiva com magnitude fraca entre o BSI_ISP e o IAT ($r=.151$, $p=.02$). Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa entre a adição ao álcool e a sintomatologia psicopatológica, ao nível do total de sintomas positivos, sendo positiva e de magnitude fraca ($r=.147$, $p=.025$).

Tabela 5

Coefficientes de correlação de Pearson obtidos nos testes de Psicopatia (LSRPS) e a adição ao álcool (AUDIT – score total) e a adição à Internet (IAT)

Variáveis	Psicopatia Primária	Psicopatia Secundária
AUDIT (score total)	.141*	.192**
IAT	.158*	.306***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

A Psicopatia primária apresenta uma correlação estatisticamente significativa com a adição à internet. Trata-se de uma correlação positiva com magnitude fraca ($r=.158$, $p=.02$). A psicopatia secundária também se encontra estatisticamente correlacionada com a adição à internet, verificando-se uma correlação positiva, com magnitude moderada ($r=.306$, $p>.001$). No que concerne à psicopatia primária verificou-se uma correlação estatisticamente

significativa com a adição ao álcool, tratando-se de uma correlação positiva, com magnitude fraca ($r=.141$, $p=.032$). O mesmo se verificou com a psicopatía secundária, revelando também uma correlação positiva com magnitude fraca ($r=.192$, $p=.003$).

Tendo em conta as correlações encontradas foram efetuadas análises de regressão linear hierárquica para identificar os preditores de cada uma das variáveis dependentes. No caso em que várias variáveis independentes ou índices/subescalas estão correlacionados, todos foram inseridos no modelo de regressão de forma a identificar o(s) preditor(es) que melhor explicam a variação da variável dependente. Na tabela estão identificadas as variáveis que foram excluídas no modelo de regressão por se tratar de preditores redundantes. Apenas estão identificados os preditores significativos.

Tabela 6

Análises de Regressão linear hierárquica

Variável		Coeficiente		t	sig.	R ²
Dependente	Preditora	não padronizado	padronizado			
IAT ^a	TAS_20_T	.37	.33	5.35	<.001	.11
IAT ^{b1}	TAS-20-1	.71	.33	5.29	<.001	.11
IAT ^{uz}	TAS-20-1	.47	.22	2.72	.007	.12
	TAS-20-2	.48	.17	2.11	.036	
IAT ^c	BSI-IGS	.87	.16	2.35	.020	.02
AUDIT ^d	LSRPS-SE	.16	.17	2.58	.011	.03
IAT ^d	LSRPS-SE	.06	.30	4.66	<.001	.09
AUDIT	TAS-20-1	.08	.14	2.17	.031	.03
AUDIT	BSI-TSP	1.36	.15	2.2	.025	.02

NOTA: a) variáveis excluídas: TAS-20-1, TAS-20-2, TAS-20-3; b₁) variáveis excluídas: TAS-20-2, TAS-20-3; b₂) variáveis excluídas TAS-20-3; c) variável excluída: BSI-ISP; d) variável excluída LSRPS-PR

Ao analisarmos os resultados verificamos que a alexitimia (score total) é preditora da adição à internet e explica 11% de variância desta última variável. A fim de testar se as subescalas da alexitimia eram preditores da adição à internet, começou-se por inserir no modelo apenas a subescala dificuldade em identificar sentimentos e constatou-se que esta é preditora e explica também 11% de variância da adição à internet. Curiosamente quando se introduz no modelo as subescalas dificuldade em identificar sentimentos e dificuldade em descrever sentimentos, estas também são preditores e conseguem justificar 12% de variância da adição à internet, ou seja, estas duas subescalas da alexitimia conseguem explicar mais

da variável adição à internet do que o score total. Por sua vez, a subescala dificuldade em identificar sentimentos também é preditora da adição ao álcool e consegue justificar 1.9% de variância desta última variável.

No que concerne à variável sintomatologia psicopatológica (índice geral de sintomas) também se verificou que este é preditor da adição à internet e explica 24% de variância da adição à internet. Também se observou que a variável sintomatologia psicopatológica é preditor (total de sintomas positivos) da adição ao álcool e explica 2% de variância.

No que concerne à psicopatia, apenas a psicopatia secundária se revelou preditor quer da adição ao álcool como da adição à internet, explicando da adição ao álcool 3% de variância e da adição à internet 9%.

A fim de testarmos as hipóteses 3,4,5 e 6 realizaram-se análises de mediação:

- a) Verificou-se se a alexitimia e a psicopatia eram mediadores da relação entre a sintomatologia psicopatológica e a adição ao álcool e/ou internet;
- b) Verificou-se se a psicopatia era mediadora da relação entre a alexitimia e a adição ao álcool e/ou à internet.

A mediação tem como propósito explicar os mecanismos de associação entre as variáveis, conforme diagramas infra.

Figura 3. Esquema ilustrativo de Relação Mediada

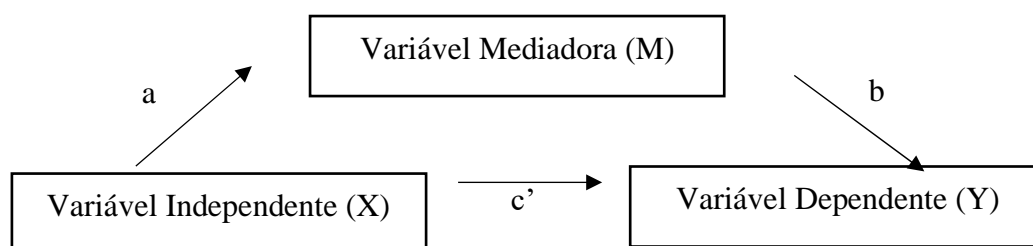


Figura 4. Esquema ilustrativo de Relação simples

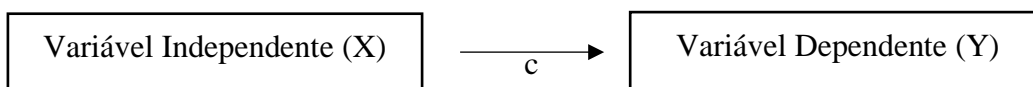


Tabela 7

Mediações analisadas

Variável			Caminho (B, DP)				Efeito indireto (a+b)	
X	M	Y	c	a	b	c'	B	ICB
BSI-IGS	TAS-20-1	IAT	4.19, 1.65*	5.35; .71***	.70 , .15***	.45, 1.77	3.74	[2.00, 5.81]
BSI-IGS	TAS_20-2	IAT	3.88, 1.67*	2.60; .58***	.83, .19***	1.73, 1.67	2.15	[.85, 3.89]
BSI-IGS	TAS-20-T	IAT	4.11, 1.67*	8.91, 1.44***	.36, .08***	.95, 1.73	3.16	[1.57, 5.24]
BSI-IGS	LSRPS-SE	IAT	3.74, 1.64*	3.02, .43***	1.07, .25***	.49, 1.75	3.24	[1.50, 5.05]
TAS-20-1	LSRPS-SE	IAT	.71, .13***	.31, .03***	.64, .25*	.51, .15***	.20	[.01, .40]
TAS-20-2	LSRPS-SE	IAT	.92, .18***	.31, .05***	.76, .23**	.68, .19***	.23	[.01, .03]

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; B=Coeficiente; DP=Desvio-Padrão; ICB=Intervalo de confiança de Bootstrap a 95%

Na análise dos resultados anteriores constatou-se que na relação entre a variável sintomatologia psicopatológica (índice geral de sintomas) e a adição à internet, a variável mediadora é a alexitimia (no score total, na dificuldade em identificar sentimentos e na dificuldade em descrever sentimentos). A psicopatia secundária é variável mediadora da relação entre a sintomatologia psicopatológica e a adição à internet. Todas estas mediações são consideradas mediações totais, ou seja, o efeito da variável independente, na variável dependente é totalmente explicado pela variável mediadora.

Relativamente à relação entre a alexitimia (dificuldade em identificar sentimentos e dificuldade em descrever sentimentos) e a adição à internet, a psicopatia secundária apresenta-se como variável mediadora. É considerada uma medição parcial, pois se divide no seu caminho direto (c') e indireto (a+b).

6. Discussão

A discussão dos resultados é realizada à luz dos resultados obtidos através dos instrumentos metodológicos, com base nos objetivos e hipóteses estabelecidos para este estudo, tendo como referência a revisão da literatura científica do tema em estudo.

Quanto à **Hipótese 1**, relativamente à existência de correlações positivas entre as variáveis independentes (*alexitimia, psicopatia e sintomatologia psicopatológica*) e as variáveis dependentes (*adição à internet e ao álcool*), os resultados confirmam a hipótese, indicando a existência de correlação estatisticamente positiva entre as variáveis.

Especificamente, neste estudo encontrou-se uma correlação positiva entre a *alexitimia*, mais especificamente entre o sub índice *dificuldade em identificar sentimentos*, e a *adição ao álcool*, o que é consistente com a literatura, onde a adição a substâncias psicoativas (e.g álcool) tem sido associada a baixos níveis de consciência emocional e dificuldade em descrever emoções (Carton, Bayard, Paget, Jouanne, Varescon, Edel, & Detileux, 2010). Um estudo de Maciel & Yoshida (2006) concluiu que a dimensão mais relevante do construto da alexitimia, junto da população com *adição ao álcool*, foi o sub-índice *dificuldade em descrever sentimentos*, o que corrobora os nossos resultados. Também se verificou uma relação positiva entre a *alexitimia e adição à internet*, que mais uma vez vai de encontro à literatura (Parker, Summerfeldt, Taylor, Kloosterman & Keefer, 2013). Alguns estudos têm levantado a hipótese de que sujeitos com traços alexitimicos, têm maior predisposição para desenvolverem um défice ao nível da capacidade empática (Grynberg, Luminet, Corneille, Grèzes, & Berthoz, 2010). Assim, uma reduzida capacidade empática do sujeito poderá levar a défices nas relações interpessoais, nomeadamente ao nível de sociabilidade (Zarei & Besharat, 2010), usando a internet como um “refúgio”.

Ainda na **Hipótese 1**, e no que concerne à *psicopatia* também se verificou uma correlação positiva com a *adição ao álcool*, em ambos os índices (primária e secundária). A literatura tem revelado que a *psicopatia* se encontra correlacionada com o consumo de substâncias psicoativas (Derefinko e Lynam, 2007), evidenciando uma correlação mais significativa ao nível da *psicopatia secundária* (Gonçalves & Salém, 2002). Já no que respeita à correlação entre *psicopatia* e a *adição à internet* também se verificou uma correlação positiva em ambos os sub-índices (*psicopatia primária* e *secundária*), indo de encontro à literatura (Sindermann, Sariyska, Lachmann, Brand, & Montag, 2018). Sendo a *psicopatia*, principalmente a *psicopatia primária*, caracterizada por traços narcísicos, é comum os sujeitos serem mais ativos no uso da internet (e.g redes sociais), uma vez que esta permite que se apresentem de forma favorável e ideal consigo mesmo (Buffardi & Campbell, 2008; Mehdizadeh, 2010 como citado por Andreassen, 2012). Dentro da **Hipótese 1**, mas no que concerne à *sintomatologia psicopatológica* verificou-se que esta se encontra correlacionada positivamente com a *adição ao álcool* e com a *adição à internet* (Macias, Leal, Fernández-Gil, Pacheco & Alino, 2000; Ferros, 2008; Relva & Fernandes, 2018).

No que respeita à **Hipótese 2** e concretamente no que toca às variáveis preditoras de *adição ao álcool* e *adição à internet*, verificou-se que a *alexitimia* (i.e. sub índice *dificuldade em identificar sentimentos*) é preditor da *adição ao álcool*. Este resultado vai de encontro à

literatura, pois pessoas com elevados níveis de *alexitimia* tendem a ter dificuldade em lidar com as suas emoções e, conseqüentemente, tendem a experimentar várias substâncias psicoativas (e.g álcool) até encontrarem aquela que satisfaz as suas necessidades de uma forma mais eficaz (Wills et al., 1996 como citado por Nunes, 2017). Desta forma, este resultado pode ser melhor explicado, uma vez que os sujeitos podem consumir álcool como uma tentativa de alívio temporário face a situações de angústia emocional (dependência psicológica) (Rosa, 1999 citado por Torres e Rodrigues, 2007).

Por seu turno (e ainda dentro da **Hipótese 2**), os resultados também indicam que a *alexitimia* é preditora de *adição à internet*. Este resultado vai claramente de encontro à literatura, pois de acordo com vários estudos nesta matéria, os sujeitos com dificuldade em identificar, expressar e comunicar emoções tendem a usar a internet como uma ferramenta social para melhor conseguirem suprimir as suas necessidades sociais (Mahapatra & Sharma, 2018). Especificamente, um estudo de Muñoz-Rivas, Fernández & Gámez-Guadiz (2010) concluiu que níveis mais elevados de *alexitimia* estavam relacionados com *adição à internet*, considerando que enquanto as pessoas estavam conectadas à internet reduziam os seus estados emocionais negativos.

Na **Hipótese 2**, mas relativamente à *sintomatologia psicopatológica* (índice total sintomas positivos) também se revelou um preditor de *adição ao álcool*, sendo este um resultado já esperado, atendendo ao que é referenciado na literatura (Arnett ,2004). A literatura revela que é esperado um certo grau de comorbilidade entre a sintomatologia psicopatológica e o álcool (Edwards, Marshall, & Cook, 2005), devido por vezes à grande facilidade de acesso a este associado com o desconforto psicológico (Torres & Rodrigues, 2007) Não obstante, a idiossincrasia da amostra em estudo não deve ser negligenciada, tratando-se de estudantes do ensino superior. Sabe-se que esta é uma fase desenvolvimental marcada por alguns desafios, quer académicos quer psicossociais, o que pode aumentar os níveis de stress e ansiedade (Dyson & Renk, 2006). Neste seguimento, alguns autores parecem concluir que a adição ao álcool neste contexto em específico, poderá funcionar como um atenuador de sintomas, estando presente o consumo autoterapêutico (Rahoui & Reynaud, 2008). De acordo com Pânico (2015) o álcool é uma substância psicoativa depressora que pode surgir como um inibidor da ansiedade e stress, fatores por sua vez, associados a esta fase desenvolvimental.

No que se refere à *adição á internet*, a *sintomatologia psicopatológica* também se revelou um preditor, corroborando assim a literatura. Por exemplo, a depressão tem sido

associada ao uso problemático da internet (Alavi, Maracy, Jannatifard & Eslami, 2011), assim como fatores relacionados com esta, designadamente a baixa autoestima. Esta, por exemplo, funcionaria como um incentivo para as interações sociais na internet, vistas como reasseguradoras, em comparação com a rejeição no mundo real (Niemz, Griffiths, & Banyard, 2005).

No que respeita à exploração da *psicopatia* como preditora da *adição ao álcool* e *adição à internet*, apenas a *psicopatia secundária* se revelou preditora de ambas as adições, sendo este resultado consistente com a literatura. Se especificamente a *psicopatia secundária* é caracterizada por altos níveis de impulsividade, altos níveis de ansiedade e um estilo de vida antissocial (Singh, Arteche, & Holder, 2011), o consumo de álcool parece entrar nesta equação como um atenuador, por exemplo, da ansiedade (Rahoui & Reynaud, 2008). Em suma, de acordo com os nossos resultados, ter *psicopatia secundária* parece predizer uma maior probabilidade de consumir de álcool. No que concerne à *adição à internet*, verifica-se um resultado similar neste estudo: a *psicopatia* prediz a *adição à internet*. Tal como o nosso estudo vários outros estudos confirmam uma associação positiva entre altos níveis de *psicopatia* com níveis mais elevados de *adição à internet* (Sindermann, Sariyska, Lachmann, Brand, & Montag, 2018). Efetivamente a *psicopatia* tem sido associada à desregulação de emoções e, conseqüentemente, a um menor humor positivo (Zeigler-Hill & Vonk, 2015). Nesta sequência de ideias, alguns autores consideram que os indivíduos podem recorrer à internet como uma estratégia não adaptativa (Kuss et al., 2014), na tentativa de procurar melhores sensações (Lin & Tsai, 2002).

No que concerne à **Hipótese 3**, nomeadamente se a *alexitimia* e a *psicopatia* desempenham um papel de mediadores na relação entre *sintomatologia psicopatológica* (VI) e *adição à internet* (VD): (a) a *alexitimia* (ao nível do score total, sub índice *dificuldade em identificar sentimentos* e sub índice *dificuldade em descrever sentimentos*) revelou ser mediadora, total, desta relação; (b) a *psicopatia secundária* também se revelou mediadora total, desta relação. Daqui se depreende que o efeito entre a *sintomatologia psicopatológica* e a *adição à internet* parece ser totalmente explicado pela *alexitimia* e pela *psicopatia*. As características relacionadas com *alexitimia*, nomeadamente a dificuldade em identificar e descrever sentimentos foram encontradas numa multiplicidade de outras perturbações, como por exemplo depressão (Conrad, 2009). De facto, a literatura tem revelado que a *alexitimia* constitui um fator de risco para o desenvolvimento de várias perturbações (Stingl et al., 2008), assente na dificuldade em expressar e regular as suas emoções (Connelly & Denney,

2007), o que vai de encontro aos resultados encontrados no nosso estudo. Ou seja, tal como confirmado pela literatura, os nossos resultados sugerem que há uma relação entre a *sintomatologia psicopatológica* e a *adição à internet* que é melhor explicada pela presença de algum traço de *alexitimia*. Curiosamente, o sub índice da *alexitimia*, *pensamento orientado para o exterior*, não se revelou mediador desta relação. Um estilo de pensamento orientado para o exterior, remete-nos para uma preocupação com os acontecimentos externos, mais do que com as experiências internas. Se tivermos em conta a amostra em estudo (estudantes universitários do curso de psicologia), estes são chamados a refletir sobre as questões emocionais, e esta reflexão pode levar a uma melhor compreensão da sua experiência interna.

No relativo à segunda parte da **Hipótese 3**, apenas a *psicopatia secundária* se revelou mediadora da relação entre a *sintomatologia psicopatológica* e a *adição à internet*. De acordo com a literatura nesta matéria, a *psicopatia secundária* é marcada por altos níveis de impulsividade, altos níveis de ansiedade e um estilo de vida antissocial (Singh, Arteche, & Holder, 2011). Ainda nesta sequência de ideias, a *psicopatia secundária* encontra-se associada a níveis mais elevados de *sintomatologia psicopatológica* (e.g ansiedade) que, por sua vez, se associa a perturbações relacionadas com comportamentos aditivos (Carvalho, 2013), o que parece corroborar os nossos resultados.

Já no que toca à **Hipótese 4** e relativamente à adição ao álcool, quer a *alexitimia*, quer a *psicopatia* não revelaram influência de mediação da relação entre a *sintomatologia psicopatológica* e a *adição ao álcool*, o que vai no sentido inverso ao que a literatura refere (Jornada e cols., 1995; Maciel & Yoshida 2006). Não obstante, este resultado pode ser melhor explicado atendendo à idiossincrasia da amostra em estudo, i.e, estudantes do curso de psicologia, na medida em que será expectável nas respostas aos questionários um reflexo da desejabilidade social, bem como, da maior sensibilização destes estudantes para o impacto do consumo de álcool e para questões relacionadas com a sintomatologia psicopatológica.

Relativamente à **Hipótese 5**, os resultados demonstraram que a *psicopatia secundária* é mediadora parcial da relação entre *alexitimia* (sub índices *difficuldade em identificar e descrever sentimentos*) e *adição à internet*. De acordo com Haviland e col. (2004) a *alexitimia* tem estado associada a *psicopatia*. Curiosamente, a associação da *alexitimia* com a *psicopatologia secundária* é mais premente do que com a *psicopatologia primária* (Ridings & Lutz-Zois, 2014), o que corrobora o que os nossos resultados parecem

sugerir neste efeito de mediação. Por outro lado, a *alexitimia* tal como a *psicopatia secundária* são caracterizadas por níveis potencialmente altos de ansiedade, o que de acordo com alguns autores parece predispor os indivíduos para a *adição à internet* (Haviland et al., 2004).

Por fim no relativo à **Hipótese 6**, a *psicopatia* não é mediadora da relação entre *alexitimia* e a *adição ao álcool*.

Em jeito de conclusão, os resultados mostraram evidência empírica geral sobre as várias associações (i.e. correlações e preditores) entre as variáveis independentes (i.e. *alexitimia*, *psicopatia* e *sintomatologia psicopatológica*) e as variáveis dependentes (i.e. *adição ao álcool* e *adição à internet*). Adicionalmente, a *alexitimia* e a *psicopatia* (secundária) revelaram ser mediadoras da relação entre a *sintomatologia psicopatológica* e a *adição à internet*, mas não da *adição ao álcool*. Especificamente, a *psicopatia secundária* mostrou-se mediadora da relação entre a *alexitimia* e a *adição à internet*.

Limitações e Considerações Futuras

O estudo apresentado apresenta algumas limitações que devem ser tidas em conta na análise e interpretação dos resultados. Antes de tudo os resultados anteriormente apresentados não podem ser generalizados à população em geral, pois trata-se de uma amostra específica, estudantes universitários do curso de psicologia. Deve-se ter em conta a desejabilidade social e a maior sensibilização desta população para as questões relacionadas com os comportamentos aditivos, bem como, para questões relacionadas com outras dimensões trabalhadas no curso de psicologia, nomeadamente, ao nível da consciência emocional e das relações interpessoais.

Estudos futuros deveriam explorar esta linha de investigação pelo carácter pertinente da mesma, mas também pela escassez de estudos nesta matéria, sobretudo em Portugal e especificamente na população universitária. Adicionalmente, seria interessante perceber se existiriam diferenças nos resultados obtidos com amostras de diferentes licenciaturas, comparativamente com a licenciatura em Psicologia. Estudos futuros poderiam ainda explorar as subescalas do instrumento BSI e a influência que estas podem ou não exercer nos comportamentos aditivos, de forma individual, isolada ou emparelhada.

Um outro aspeto a ter em conta é na relação causa efeito entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes, uma vez que podem existir inúmeras variáveis

e/ou fatores a interferir nesta relação. Tratando-se de um estudo transversal, as relações de causa-efeito entre variáveis devem ser interpretadas com cuidado. Posto isto, em investigações futuras seria interessante adotar uma avaliação longitudinal, de modo a compreender a consistência destes resultados, nomeadamente ao nível da alexitimia, psicopatia e sintomatologia psicopatológica e explorar de forma longitudinal se estas variáveis podem ser causa ou consequência da adição à internet e/ou álcool.

Referências Bibliográficas

- Akin, A., & Iskender, M., (2011). Internet addiction and depression, anxiety and stress. *International Online Journal of Education Sciences*, 3, 138-148.
- Alavi, S. S., Maracy, M. R., Jannatifard, F., & Eslami, M. (2011). The effect of psychiatric symptoms on the internet addiction disorder in Isfahan's University students. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 16(6), 793.
- American Psychological Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Society of Addiction Medicine [ASAM]. (2011). Public Policy Statement: Definition of Addiction. North Park Avenue: ASAM.
- Andreassen, C. (2012). Development of a Facebook Addiction Scale. *Psychological Reports*, 110, (2), 501-517.
- Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: the winding road from the late teens through the twenties*. New York: Oxford University Press.
- Arruda, A. C. M. (2016). O Uso Excessivo da Internet e a sua relação com Sintomatologia Psicopatológica (dissertação mestrado – Universidade Fernando Pessoa).
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) manual: Guidelines for use in primary care. 2nd Edition, Department of Mental Health and Substance Dependence. World Health Organization, Geneva, WHO/MSD/MSB/01.6a, 4-32.
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2018). IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17.
- Beard, K. W. (2005). Internet Addiction: A Review of Current Assessment Techniques and Potential Assessment Questions. *CyberPsychology & Behavior*, 8(1), 7-14. doi: 10.1089 / cpb.2005.8.7.
- Canavarro, M. (1995). Inventário de sintomas psicopatológicas-BSI Testes e Provas Psicológicas em Portugal, 2, 95-109 (Simões, M., Gonçalves, M. & Almeida, L.-Eds.). Braga: APPORT/SHO.
- Carton, S., Bayard, S., Paget, V., Jouanne, C., Varescon, I., Edel, Y., & Detilleux, M. (2010). Emotional awareness in substance-dependent patients. *Journal of clinical psychology*, 66(6), 599-610. doi: 10.1002/jclp.20662

- Carvalho, F. D. S. B. D. (2013). O papel da ansiedade na relação entre psicopatia e comportamento antissocial (Tese mestrado).
- Coelho, L., Paixão, R., & da Silva, J. T. (2010). O Levenson's Self Report Psychopathy Scale (LSRP). *Psychologica*, 413-421. ISSN 1647-8606.
- Connelly, M., & Denney, D. R. (2007). Regulation of emotions during experimental stress in alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 649- 656. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.12.008
- Conrad, R., et al. (2009). Alexithymia, temperance and character as predictors of psychopathology in patients with major depression. *Psychiatric Research*, 165, 137-144.
- Corregiari, F. (2006). Neurociência do Uso e da Dependência de Substâncias Psicoativas.
- De Castro, M. F., Cleto, C. R., & Da Silva, N. T. (2016). Consumo de Substâncias Psicoativas. Reflexos em Meio Laboral. Guia Prático para a Intervenção em Micro, Pequenas e Médias Empresas. [SICAD].
- Derefinko, K. J., & Lynam, D. R. (2007). Using the FFM to conceptualize psychopathy: a test using a drug abusing sample. *Journal of Personality Disorders*, 21(6), 638–56. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.6.638>.
- Drislane, L. E., Patrick, C. J., Sourander, A., Sillanmäki, L., Aggen, S. H., Elonheimo, H., ... Kendler, K. S. (2014). Distinct Variants of Extreme Psychopathic Individuals in Society at Large: Evidence From a Population-Based Sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5, 154-163. doi:10.1037/per0000060
- Dyson, R., & Renk, K. (2006). Freshman adaptation to university life: Depressive symptoms, stress and coping. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (10), 1231-1244. doi: [10.1002/jclp.20295](https://doi.org/10.1002/jclp.20295)
- Edwards, G., Marshall, E. J., & Cook, C. C. (2005). O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde. In O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde.
- Ferreira, L. A., Relva, I. C., & Fernandes, O. M. (2018). Adição à Internet: relação com sintomatologia psicopatológica. *PsychTech & Health Journal*, 1(2), 24-37. doi: <http://dx.doi.org/10.26580/PTHJ.art7.2018>.
- Ferros, L. (2008). Relações afectivas e sintomatologia psicopatológica na toxicodependência (Tese Doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade.

- Freire, L. (2010). Alexitimia: dificuldade de expressão ou ausência de sentimento? Uma análise teórica. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 26(1), 15. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000100003>.
- Gonçalves, R. A., & Salém, C. F. (2002). Droga, comportamento criminoso e psicopatia: resultados de um estudo comparativo. *Revista Toxicodependências*, 8(3), 27-36.
- Gori, A., Craparo, G., Sareri, G. I., Caretti, V., Giannini, M., & Meringolo, P. (2014). Antisocial and psychopathic personalities in a sample of addicted subjects: Differences in psychological resources, symptoms, alexithymia and impulsivity. *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1580–1586. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.023>
- Griffiths, M.D. (2015). Classification and treatment of behavioural addictions. *Nursing in Practice*, 82, 44-46.
- Grynberg, D., Luminet, O., Corneille, O., Grèzes, J., & Berthoz, S. (2010). Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy? *Personality and Individual Differences*, 49(8), 845–850. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2010.07.013>.
- Guerreschi, C. (2009). *As Novas Dependências: internet, trabalho, sexo, telemóvel e “shopping” compulsivo*. São Paulo: Paulinas
- Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2009). Psychopathy: Assessment and forensic implications. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(12), 791-802. doi: 10.1177 / 070674370905401202.
- Haviland, M. G., Sonne, J. L., & Kowert, P. A. (2004). Alexithymia and psychopathy: comparison and application of California Q-set prototypes. *Journal of personality assessment*, 82(3), 306-316. doi: 10.1207/s15327752jpa8203_06
- Kuss, D. J., Griffiths, M. D., Karila, L., & Billieux, J. (2014). Internet addiction: A systematic review of epidemiological research for the last decade. *Current Pharmaceutical Design*, 20(25), 4026–4052. doi:10.2174/13816128113199990617
- Lin, S. S., & Tsai, C. C. (2002). Sensation seeking and Internet dependence of Taiwanese high school adolescents. *Computers in Human Behavior*, 18(4), 411–426. doi:10.1016/S0747- 5632(01)00056-5
- Liu, T., & Potenza, M. N. (2007). Problematic Internet Use: Clinical Implications. *CNS Spectrums*, 12(6), 453-466.
- Macías, J. A. G., Leal, F. J. V., Fernández-Gil, M. A., Pacheco, D. P., & Aliño, J. J. L. I. (2000). Comorbilidad psiquiátrica en drogodependencias. *Psiquiatria. com*, 4(4).

- Maciel, M. J. N., & Yoshida, E. M. P. (2006). Avaliação de alexitimia, neuroticismo e depressão em dependentes de álcool. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 5(1), 43-54.
- Mahapatra, A., & Sharma, P. (2018). Association of Internet addiction and alexithymia—A scoping review. *Addictive behaviors*, 81, 175-182. doi:10.1016/j.addbeh.2018.02.004.
- Melo, R., Andrade, P., & Sampaio, M. (2010). Intervenção em contexto festivo no ensino superior. *Revista Toxicodependências*, 16 (1), 15-28.
- Muñoz-Rivas, M. J., Fernández, L., & Gámez-Guadix, M. (2010). Analysis of the indicators of pathological Internet use in Spanish university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 697-707.
- Nunes, A. S. F. (2017). Alexitimia, consumo de substâncias e psicopatia. (tese de mestrado não publicada). Faculdade Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Pânico, A. &., (2015). Um Erro Comum Que Só Piora Sua Ansiedade. [Online] Available at: <http://ansiedadepanico.com/2015/03/20/um-erro-comum-que-sopiora-sua-ansiedade/> [Acedido em 20 Setembro 2019].
- Parker, J. D., Summerfeldt, L. J., Taylor, R. N., Kloosterman, P. H. y Keefer, K. V. (2013). Problem gambling, gaming and Internet use in adolescents: Relationships with emotional intelligence in clinical and special needs samples. *Personality and Individual Differences*, 55(3), 288-293. doi:10.1016/j.paid.2013.02. 025.
- Pezoa-Jares, R.E, Espinoza-Luna, I. L & Vasquez-Medina, J.A. (2012). Internet Addiction: A Review. *Journal of Addiction Research & Therapy*. doi: 10.4172 /2155-6105.S6-004.
- Pham, T. H., Ducro, C., & Luminet, O. (2010). Psychopathy, Alexithymia and Emotional Intelligence in a Forensic Hospital. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(1), 24–32. <https://doi.org/10.1080/14999013.2010.484641>
- Pillon, S. & Corradi-Webster, C. (2006). Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool entre Estudantes Universitários. *Revista de Enfermagem UERJ*, 14, 325-332.
- Pontes, H. D. O. M. (2013). A dependência à internet: Fundamentação empírica, teórica e clínica-Da psicologia e psicometria à ciber-psicologia (Dissertação mestrado, ISPA-Instituto Universitário).

- Pontes, H., Patrão, I. & Griffiths, M. (2014). Portuguese validation of the Internet Addiction Test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(2), 107-114.
- Rahoui, H., & Reynaud, M. (2008). *Terapias cognitivo-comportamentais e adicções. 1ª edição*, Lisboa: Climepsi. ISBN: 978-972-796-296-9.
- Ridings, L. E., & Lutz-Zois, C. J. (2014). Emotional dysregulation and Borderline Personality Disorder: Explaining the link between secondary psychopathy and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 57, 14–19. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.09.008>
- Roberts, J., Yaya, L., & Manolis, C. (2014). The invisible addiction: Cell-phone activities and addiction among male and female college students. *Journal of Behavioral Addictions*, 3, 254-265. doi: 10.1556/JBA.3.2014.015
- Rodrigues, P. (2015). Modelo de estrutura regional de intervenção nos comportamentos aditivos e dependências. (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Aveiro.
- Rodrigues, Pedro F. S., Salvador, Ana C. F., Lourenço, Inês C., & Santos, Luísa R.. (2014). Padrões de consumo de álcool em estudantes da Universidade de Aveiro: Relação com comportamentos de risco e stress. *Análise Psicológica*, 32(4), 453-466. <https://dx.doi.org/1014417/ap.32.3.789>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD]. (2013a). Plano Estratégico 2013-2015. Lisboa: SICAD.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD]. (2013b). Plano Nacional para a Redução de Comportamentos Aditivos e Dependências 2013-2020. Lisboa: SICAD.
- Sindermann, C., Sariyska, R., Lachmann, B., Brand, M., & Montag, C. (2018). Associations between the dark triad of personality and unspecified/specific forms of Internet-use disorder. *Journal of behavioral addictions*, 7(4), 985-992. doi: 10.1556/2006.7.2018.114
- Singh, K., Arteche, A., & Holder, M. D. (2011). Personality factors and psychopathy, alexithymia and stress. *Asian Journal of Psychiatry*, 4(1), 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2011.01.003>
- Sousa, M. & Neves, G. (2013). Prevenção das Toxicodependências em Contexto Escolar.
- Taieb, O., Corcos, M., Loas, G., Speranza, M., Guilbaud, O., Perez-Diaz, F., Halfon, O., Lang, F., Bizouard, P., Venisse, J. L., Flament, M., & Jeammet, P. (2002).

- Alexithymie et dépendance à l'alcool. *Annales de Médecine Interne*, 153, 1S51-1S60.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (2016). What's in the name "alexithymia"? A commentary on "Affective agnosia: Expansion of the alexithymia construct and a new opportunity to integrate and extend Freud's legacy." *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 68, 1006–1020. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.05.025
- Torrado, M. V., Ouakinin, S. S., & Bacelar-Nicolau, L. (2013). Alexithymia, emotional awareness and perceived dysfunctional parental behaviors in heroin dependents. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(6), 703-718. <http://dx.doi.org/10.1007/s11469-013-9448-z>
- Torres, I., & Rodrigues, S. (2007). "Padrões, crenças e expectativas de consumo de álcool e sintomatologia psicopatológica numa amostra de utentes em tratamento de manutenção com metadona". *Toxicodependências*, 13(3), 37-51.
- Torres, N. M. (2003). A química da dependência e as dependências-tóxicas. Para um modelo bio-psico-social. *Revista Toxicodependências*, 9(1), 29-45.
- Veríssimo, R. (2001). Versão Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20-itens: I. Adaptação linguística, validação semântica, e estudo de fiabilidade. *Acta Médica Portuguesa*, 14(5-6), 529-536. ISSN: 0870-399X
- Young, K. (2011). CBT-IA: The first treatment model for internet addiction. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 304-312. doi: [10.1891 / 0889-8391.25.4.304](https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.4.304)
- Young, K. S. (2004). Internet addiction: A new clinical phenomenon and its consequences. *American behavioral scientist*, 48(4), 402-415. doi: 10.1177/0002764204270278.
- Zarei, J., & Besharat, M. A. (2010). Alexithymia and interpersonal problems. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 619–622. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.153>
- Zeigler-Hill, V., Noser, A. E., Roof, C., Vonk, J., & Marcus, D. K. (2015). Spitefulness and moral values. *Personality and Individual Differences*, 77, 86–90. doi:10.1016/j.paid.2014.12.050

Anexos

Anexo A: Termo Consentimento Informado

Termo de Consentimento Informado

No âmbito da investigação *Perfis de funcionamento global de estudantes universitários com adição química vs com adição comportamental vs sem adição: Estudo Longitudinal* da Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto da Universidade Lusófona do Porto, estamos a desenvolver um trabalho que envolve a recolha de informação sobre dados relativos à sua história de vida, bem como, aos comportamentos aditivos que apresenta ou não atualmente.

A participação neste trabalho é voluntária e não envolve qualquer risco, despesa ou prejuízo, podendo o entrevistado desistir a qualquer momento. A informação recolhida é estritamente confidencial e utilizada apenas para fins da realização da investigação supracitada. Para este efeito, é apenas solicitado que assine este consentimento (ver em baixo) e que nos deixe o seu contacto de e-mail, para darmos continuidade ao estudo numa perspetiva longitudinal.

Consentimento

Declaro que fui informado/a sobre os meus direitos na qualidade de titular dos dados, bem como, dos objetivos e a importância desta investigação, dando de forma livre e consciente o meu consentimento para a recolha e o tratamento de dados de forma confidencial e anónima, apenas para efeitos de realização do estudo acima descrito.

Local e Data: _____ / __ / _____

Assinatura: _____

Para nos ser possível dar continuidade ao estudo, numa perspetiva longitudinal e caso tenha interesse em receber informação sobre os resultados do trabalho final, deixe um e-mail/contacto telefónico: _____

Dr^a Andreia de Moura (responsável pela investigação) - p5276@ulp.pt (caso queira contactar o responsável da investigação para esclarecer alguma dúvida ou necessite de algum apoio psicológico após preencher o protocolo)

Anexo B: Protocolo de Investigação

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IAT

As perguntas que se seguirão, irão avaliar alguns dos teus hábitos em relação ao uso do computador, mais concretamente da Internet. Por isso, ao responder às perguntas deves ter em consideração **SOMENTE** o tempo que passas online por **MOTIVOS RECREACIONAIS** ou **DIVERSÃO**, e não o tempo gasto na Internet com trabalhos escolares ou laborais.

0	=	Não Aplicável
1	=	Nunca
2	=	Raramente
3	=	Ocasionalmente
4	=	Várias vezes
5	=	Sempre

1. Com que frequência ficas online mais tempo do que pretendias?

0 1 2 3 4 5

2. Com que frequência deixas de fazer as tarefas em casa para poderes ficar mais tempo online?

0 1 2 3 4 5

3. Com que frequência preferes a excitação da Internet à intimidade com o teu(tua) namorado(a)?

0 1 2 3 4 5

4. Com que frequência crias novas relações com outros utilizadores online?

0 1 2 3 4 5

5. Com que frequência as outras pessoas se queixam em relação à quantidade de tempo que passas online?

0 1 2 3 4 5

6. Com que frequência as tuas notas ou trabalhos escolares são prejudicados devido à quantidade de tempo que passas online?

0 1 2 3 4 5

7. Com que frequência verificas o teu e-mail ou sites como o facebook ou twitter antes de fazeres qualquer outra coisa que precisas?

0 1 2 3 4 5

8. Com que frequência o teu desempenho ou produtividade no trabalho são prejudicados por causa da Internet?

0 1 2 3 4 5

9. Com que frequência te tornas defensivo(a) ou guardas segredo quando alguém te pergunta o que estás a fazer online?

0 1 2 3 4 5

10. Com que frequência bloqueias pensamentos perturbadores sobre a tua vida com pensamentos calmantes da Internet?

0 1 2 3 4 5

11. Com que frequência dás por ti a pensar sobre quando irás estar online novamente?

0 1 2 3 4 5

12. Com que frequência receias que a vida sem Internet seria chata, vazia e sem graça?

0 1 2 3 4 5

13. Com que frequência é que explodes, gritas ou ficas irritado(a) quando alguém te incomoda quando estás online?

0 1 2 3 4 5

14. Com que frequência perdes o sono por estares online até tarde durante a noite?

0 1 2 3 4 5

15. Com que frequência te sentes preocupado(a) com a Internet quando estás desconectado ou fantasias estar online?

0 1 2 3 4 5

16. Com que frequência dás por ti a dizer “só mais alguns minutos” quando estás online?

0 1 2 3 4 5

17. Com que frequência tentas reduzir a quantidade de tempo que passas online e não consegues?

0 1 2 3 4 5

18. Com que frequência tentas esconder a quantidade de tempo que passaste online?

0 1 2 3 4 5

19. Com que frequência preferes ficar mais tempo online do que ir sair com outras pessoas?

0 1 2 3 4 5

20. Com que frequência é que te sentes deprimido(a), mal-humorado(a) ou nervoso(a) quando estás desconectado(a) e, deixas de estar assim quando entras online novamente?

0 1 2 3 4 5

LSRPS (Levenson, Kiel & Fitzpatrick, 1995)

INSTRUÇÕES: Em baixo encontram-se 26 frases que poderão descrevê-lo(a). Por favor, leia cuidadosamente cada frase e defina o grau em que melhor o(a) descreve. Em caso de dúvida, baseie a sua resposta no que **sente** emocionalmente, mais do que aquilo que **pensa** ser verdade. Escolha o valor de classificação, de **Discordo muito** a **Concordo muito**, que melhor o descreve, e registre a sua escolha (com um X) no espaço correspondente.

	Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito
1. O sucesso consiste na sobrevivência do mais apto; eu não me preocupo com os perdedores				
2. Rapidamente perco o interesse nas tarefas que começo				
3. Quando fico frustrado, é frequente "perder a cabeça"				
4. O meu principal objectivo na vida é obter o máximo de coisas boas				
5. Antes de fazer qualquer coisa, penso cuidadosamente nas possíveis consequências.				
6. O meu objectivo mais importante é ganhar muito dinheiro				
7. Para mim, o melhor é conseguir escapar sem ser apanhado(a)				
8. Aborreço-me frequentemente				
9. Dá-me gozo manipular os sentimentos das outras pessoas				
10. Costumo apreciar uma vigarice inteligente				
11. Ficaria aborrecido se o meu sucesso se fizesse às custas de outra pessoa				
12. As pessoas que são suficientemente estúpidas para serem enganadas, normalmente merecem-no				
13. Digo aos outros aquilo que eles querem ouvir para que façam o que quero.				
14. Sinto-me mal se as minhas palavras ou acções provocam algum tipo de sofrimento emocional				
15. Cuidar de mim é a minha primeira preocupação				
16. A maior parte dos meus problemas deve-se simplesmente ao facto de as outras pessoas não me compreenderem				
17. Enganar os outros não se justifica porque é injusto para com eles				
18. Estou-me sempre a deparar com o mesmo tipo de problemas ao longo do tempo				
19. Não mentiria, mesmo que estivesse firmemente decidido a tentar vender alguma coisa				

20. Nos tempos que correm, sinto que é legítimo fazer todos os possíveis para ser bem sucedido				
21. Não planeio nada com muita antecedência				
22. Os outros que se ocupem com altos valores; eu preocupo-me com aquilo que considero essencial				
23. Considero-me capaz de lutar por um objectivo durante muito tempo				
24. Procuro certificar-me de que não magoo os outros quando tento atingir os meus objectivos				
25. Já participei em várias discussões muito "acesas" com outras pessoas				
26. O amor é algo de muito sobrevalorizado				

= Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) =

Instruções: Usando a escala como um guia, indique qual o grau de acordo ou de desacordo para cada uma das afirmações seguintes, marcando a preto ● o local apropriado. Assinale apenas uma resposta para cada afirmação.

	Desacordo total	Desacordo moderado	Sem opinião	Acordo moderado	Acordo total
1. Muitas vezes sinto-me confuso(a) em relação ao tipo de emoção que estou a sentir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. É-me difícil encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tenho sensações físicas que nem os médicos entendem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Mais do que limitar-me a descrever os problemas, prefiro analisá-los.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Quando estou aborrecido(a), não sei se me sinto triste, se assustado(a), ou zangado(a)....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Fico muitas vezes baralhado(a) com sensações que tenho no corpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Prefiro muito simplesmente deixar que as coisas aconteçam na vez de estar a compreender porque é que se passaram assim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Tenho sentimentos que não sei identificar lá muito bem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. É essencial manter contacto com as emoções ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Acho difícil descrever o que sinto sobre as pessoas .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Às vezes pedem-me para dizer mais o que sinto. ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Não sei o que se passa cá dentro de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Muitas vezes não sei porque estou zangado(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Prefiro mais falar com as pessoas sobre o seu dia-a-dia do que sobre os seus sentimentos. ..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Prefiro ver programas "leves" que distraiam do que dramas psicológicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. É-me difícil revelar os meus sentimentos mais íntimos, mesmo a amigos chegados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Posso sentir-me próximo(a) de uma pessoa, mesmo em momentos de silêncio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Acho que examinar os meus sentimentos é útil para resolver problemas pessoais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Estar à procura de significados ocultos em filmes ou peças de teatro, impede a pessoa de se divertir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUDIT

Código (iniciais do primeiro e último nome): _____

Questões / Pontuação	0	1	2	3	4	
AUDIT C	1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?	<input type="checkbox"/> Nunca [caso assinale esta resposta, siga para as questões 9 e 10]	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
	2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?	<input type="checkbox"/> 1 ou 2	<input type="checkbox"/> 3 ou 4	<input type="checkbox"/> 5 ou 6	<input type="checkbox"/> De 7 a 9	<input type="checkbox"/> 10 ou mais
	3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
[caso contabilize 0 na pontuação das questões 2 e 3, passe para as questões 9 e 10]						
4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana	
5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exige, por ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana	
6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana	
7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana	
8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana	
9. Já alguma vez ficou ferido ou alguém ficou ferido por você ter bebido?	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim, mas não nos últimos 12 meses		<input type="checkbox"/> Sim, aconteceu nos últimos 12 meses	
10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou outro profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim, mas não nos últimos 12 meses		<input type="checkbox"/> Sim, aconteceu nos últimos 12 meses	
Total da Pontuação: [o total expressa-se em valores entre 0 e 40]						

Anexo C: Correlações entre as variáveis

Tabela 8

Correlações obtidas nos testes de alexitimia (TAS-20) e a adição ao álcool (AUDIT – score total) e a adição à Internet (IAT)

Variáveis	TAS-20 Total	TAS-20-1	TAS-20-2	TAS-20-3
AUDIT (correlação Pearson)	.060	.137	.041	-.067
Sig. (2 extremidades)	.348	.031	.518	.294
IAT (correlação Pearson)	.331	.326	.309	.112
Sig. (2extremidades)	.000	.000	.000	.083

Tabela 9

Correlações obtidas nos testes de sintomatologia psicopatológica (BSI) e a adição ao álcool (AUDIT- score total) e a adição à Internet (IAT)

Variáveis	BSI_IGS	BSI_TSP	BSI_ISP
AUDIT (correlação Pearson)	.119	.147	.077
Sig. (2extremidades)	.073	.025	.243
IAT (correlação Pearson)	.159	.105	.151
Sig. (2extremidades)	.017	.116	.024

Tabela 10

Correlações obtidas nos testes de Psicopatia (LSRPS) e a adição ao álcool (AUDIT – score total) e a adição à Internet (IAT)

Variáveis	Psicopatia Primária	Psicopatia Secundária
AUDIT (correlação de Pearson)	.141	.192
Sig. (2extremidades)	.032	.003
IAT (correlação de Pearson)	.158	.306
Sig. (2extremidades)	.017	.000